FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

# THÈSE

N° .....

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Lariboisière

# DU TRAITEMENT DE L'ECTROPION CICATRICIEL DES PAUPIÈRES

## par les Greffes dermo-épidermiques

PAR

RENÉ MARGERIN

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Assistant de la Clinique Nationale des Quinze-Vingts
et de la Consultation d'Ophtalmologie
de l'Hospice de St-Germain

*Président :* M. SÉBILEAU, *Professeur*

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

# Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

| Professeurs | MM. |
|---|---|
| Anatomie | NICOLAS |
| Médecine opératoire | CUNEO |
| Physiologie | CH. RICHET |
| Physique médicale | WEISS |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ |
| Bactériologie | BEZANCON |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BRUMPT |
| Pathologie et Thérapeutique générale | N. |
| Pathologie médicale | VAQUEZ |
| Pathologie chirurgicale | GOSSET |
| Anatomie pathologique | LETULLE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | CARNOT |
| Hygiène | BERNARD |
| Médecine légale | BALTHAZARD |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MÉNÉTRIER |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD |
| Hygiène et clinique de la 1re enfance | MARFAN |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | DUPRÉ |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME |
| Clinique des maladies du système nerveux | PIERRE MARIE |
| Clinique des maladies contagieuses | TEISSIER |
| Clinique chirurgicale | PIERRE DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | LEGUEU |
| Clinique d'accouchement | BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT DES SAIGNES |
| Clinique gynécologique | J. L. FAURE |
| Clinique chirurgicale infantile | AUGUSTE BROCA |
| Clinique thérapeutique | ALBERT ROBIN |
| Clinique d'otorhino laryngologie | SEBILEAU |

## Agrégés en exercice

| MM. | | | |
|---|---|---|---|
| ALGLAVE | JEANNIN | LŒPER | ROUSSY |
| BRANCA | JOUSSET ANDRÉ | MOCQUOT | ROUVIERE |
| CAMUS | LABBE (HENRI) | MULON | SCHWARTZ (A |
| CASTAIGNE | LAIGNEL-LAVASTINE | NICLOUX | SICARD |
| CHAMPY | LANGLOIS | NOBÉCOURT | TANON |
| CHEVASSU | LECÈNE | OKINCZYC | TERRIEN |
| DESMARET | LEMIERRE | OMBREDANNE | TIFFENEAU |
| GOUGEROT | LENORMANT | RATHERY | VILLARET |
| GRÉGOIRE | LEQUEUX | RETTERER | ZIMMERN |
| GUENIOT | LEREBOULLET | RIBIERRE | |
| GUILLAIN | LERI | RICHAUD | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉBILEAU

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

OPHTALMOLOGISTE DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En hommage d'admiration et de respectueuse reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR CHAILLOUS

OPHTALMOLOGISTE DES QUINZE-VINGTS

*En témoignage de gratitude et de profond respect.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JOSUÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHAUD

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI
(*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR F. RAMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PROUST
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAGITOT
OPHTALMOLOGISTE DES HOPITAUX

A MM. LES DOCTEURS PAILLARD, BARBET,
BOLLACK, LANDRIEU

A MON AMI LE DOCTEUR GIRAUD,
OPHTALMOLOGISTE DE L'HOSPICE DE ST-GERMAIN-EN-LAYE

# Du Traitement de l'Ectropion cicatriciel des paupières par les Greffes dermo-épidermiques

L'ectropion cicatriciel des paupières, partiel ou total, est la complication redoutable des lésions profondes des paupières ou de la face. Les rétractions que provoque la cicatrisation de ces blessures, d'autant plus fréquentes que la cicatrice intéresse davantage l'aponévrose tarso-orbitaire, et se trouve plus proche du bord adhérent du fibro-cartilage, amènent une éversion du bord palbébral, plus ou moins marquée, pouvant aller jusqu'au retournement complet de la paupière. Les cicatrices adhérentes à l'os, à la suite d'ostéite du rebord orbitaire, même lorsque la perte de substance des téguments externes semble insignifiante, donnent lieu à des ectropions toujours très accusés.

Les brûlures de toute espèce ayant atteint le derme, les différents ostéites du rebord orbitaire, toutes les rétractions consécutives aux inflammations ulcéreuses de la peau : lupus, syphilis, lèpre, pustule maligne ou érésipèle gangréneux ; les rétrécissements de la peau dûs à certaines dermatoses chroniques : eczéma, stenodermie, sont les causes diverses, mais

d'inégale fréquence de l'ectropion. La plupart des cas ici rassemblés sont dûs à des brûlures. Les brûlures sont, d'une part, la cause de beaucoup la plus habituelle des éversions palpébrales ; d'autre part, la guerre a amené dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière un nombre considérable de blessés de la face, de brûlés par explosion ou incendies. Tous ont été traités et suivis par notre maître, le docteur Morax ; et c'est le résultat de ses observations que nous exposons ici.

Toute la gravité de l'ectropion cicatriciel réside dans l'occlusion palpébrale incomplète et dans les troubles qui en résultent : sommeil pénible, larmoiement incessant, altération et inflammation d'une conjonctive en contact prolongé avec l'air, facilité plus grande d'ulcération d'une cornée mal lubréfiée et mal protégée des poussières ou des vapeurs irritantes, chez des blessés dont les voies lacrymales, souvent en mauvais état, facilitent encore l'infection cornéenne. Ces conséquences redoutables, et aussi l'aspect disgracieux de l'affection, imposent, dès que les lésions sont un peu étendues, la reconstitution autoplastique.

Les premiers essais de blépharoplastie datent du début du XIX[e] siècle ; ils consistaient en une occlusion palpébrale temporaire, à l'aide de bandelettes adhésives ; les résultats en furent nuls. En France, vers 1830, Blandin tenta les premières réparations par lambeau pédiculé prélevé au niveau de la région temporo-frontale, mais sans adjoindre à son opéra-

tion d'occlusion palpébrale permanente. Dix ans plus tard, Mirault, puis Maisonneuve, imaginent la blépharorraphie après avivement des lèvres muqueuses des paupières et incisions libératrices, mais sans pratiquer de plasties ; enfin Denonvilliers, Panas, associent la blépharorraphie permanente aux plasties par pédicules.

A la veille de 1870, Reverdin, en transplantant les premières greffes dermo-épidermiques de petite dimension, auxquelles Ollier, plus tard, substituera de grands lambeaux, rend possible un nouveau procédé de plastie, où la perte de substance sera comblée par une greffe cutanée, prélevée à distance.

Ces deux procédés, plastie par lambeau pédiculé, et plastie par greffe dermo-épidermique, également employés actuellement, après incisions libératrices et blépharorraphie permanente, ne s'appliquent cependant pas tout à fait aux mêmes cas, et ne doivent pas être indifféremment pratiqués. Les indications de l'une et l'autre méthodes ont été récemment bien précisées par le docteur Morax dans « Bowan Lecture ».

Les avantages du lambeau pédiculé sont dans sa grande vitalité et dans son peu de rétraction ultérieure. Sa grande vitalité lui assure, surtout à la paupière inférieure, une meilleure résistance à une infection, qui, en dehors de toute faute d'asepsie, reste toujours possible au voisinage de conjonctives en plus ou moins bon état, et de désinfection difficile, chez des blessés dont les voies lacrymales sont fréquem-

ment atteintes. D'autre part, la rétraction minime du lambeau, avec le temps, permet d'envisager avec confiance les suites éloignées des plasties les plus étendues. Enfin les résultats esthétiques sont satisfaisants : la coloration du lambeau est identique à celle des tissus voisins ; les cicatrices périoculaires, frontales ou temporales, s'effacent rapidement. Aussi ce procédé, d'une technique simple, est-il celui que conseille le docteur Morax, chaque fois que la peau du front ou des tempes présente une intégrité suffisante, et celui qu'il considère devoir donner le plus de chances de succès dans le traitement des ectropions de la paupière inférieure comme dans les cas où il est nécessaire de reconstituer une charpente palpébrale solide.

Mais lorsque les modifications cicatricielles seront étendues à toute la face, rendant impossible ou aléatoire le prélèvement d'un lambeau pédiculé, ou lorsque les lésions destructives n'intéresseront que des tissus superficiels, la greffe dermo-épidermique permettra, malgré sa rétraction ultérieure, toujours assez marquée, une plastie d'une grande simplicité, dont les résultats éloignés, tant fonctionnels qu'esthétiques, seront des plus encourageants.

Le lambeau dermo-épidermique prélevé dans les conditions que nous indiquerons plus loin, transporté sur un tissu normal, simplement avivé, et non sur un tissu granuleux comme l'est fréquemment celui des plaies sur lesquelles sont appliquées les greffes de Reverdin, reprend très rapidement. La vita-

lité très grande des cellules épithéliales de la couche germinative mises à nu détermine une adhérence rapide du lambeau à la surface cruentée ; des examens histologiques du docteur Morax, il résulte que dès le troisième jour on constate nettement les signes du rétablissement de la circulation dans la greffe. Entre la face profonde du lambeau, qui, avec l'épiderme, comprend les couches superficielles du derme, papilles et anses capillaires, apparaissent de petits vaisseaux de néoformation, en même temps que se produit, dans la greffe comme dans le tissu sur lequel elle repose, un afflux leucocytaire assez intense, même en dehors de toute complication infectieuse. Vers le dixième jour, un examen attentif est nécessaire pour reconnaître la partie greffée. Son épaisseur ne diffère guère de celle du derme environnant ; l'infiltration leucocytaire a disparu ; seul existe un aplatissement des papilles et un amincissement de la couche épithéliale, réduite en certains points à deux ou trois cellules superposées. Ces modifications épithéliales apparaissent d'ailleurs de façon précoce ; elles débutent vers le second jour par une élimination des cellules cornées plus intense que normalement, qui aboutit à une véritable exfoliation.

Quant à la rétraction ultérieure de la greffe, il est possible d'y obvier en y suppléant au moment de l'opération. Sachant qu'elle sera environ des 2/3 de la surface totale, il nous suffira de dénuder une surface d'autant supérieure à celle que nous voulons réparer et de la couvrir d'un lambeau deux fois plus grand

que celui que nous voulons définitivement avoir. Il est d'ailleurs à remarquer que cette rétraction est moins grande au milieu de tissus cicatriciels adhérents aux plans profonds, comme dans les brûlures graves. La tension du lambeau est alors quelquefois telle que la rétraction qui se produit avec le temps est presque négligeable. Enfin le maintien de la blépharorraphie pendant trois mois — période au-delà de laquelle les dimensions de la greffe ne varient plus — permet d'éviter les inconvénients de la diminution de surface du lambeau.

Les résultats esthétiques sont aussi satisfaisants que ceux obtenus par lambeau pédiculé. Aucune cicatrice et au bout de quelques mois une coloration qui, très blanche au début, devient analogue à celle des tissus environnants.

Le procédé de blépharoplastie par greffe dermo-épidermique semble donc préférable à tout autre, lorsque la charpente palpébrale est suffisante ou lorsqu'il paraît difficile de prélever un lambeau pédiculé voisin. Il est simple, il est le plus rapide, ses résultats éloignés sont satisfaisants. Enfin, combiné à l'autre procédé de plastie, il permet la réparation de vastes mutilations : chez des brûlés dont les paupières supérieure et inférieure étaient ectropionnées, nous avons souvent vu le docteur Morax utiliser la greffe dermo-épidermique à la paupière supérieure et réserver le lambeau pédiculé à la réfection de la paupière inférieure, assurant ainsi à chacun des deux procédés le maximum de rendement et de sécurité.

L'anesthésie locale ou régionale, sera toujours suffisante. La solution de novocaïne à 1 %, additionnée de quelques gouttes d'adrénaline à 1 o/oo, la seringue de Luer de 2 cent.$^3$ avec une aiguille de 4 cent., répondront à tous les besoins.

Pour l'anesthésie locale, l'aiguille, enfoncée à 1 cent. en dehors de l'angle externe de la fente palpébrale, est poussée lentement, en même temps que l'injection, dans la base de chaque paupière jusqu'à son extrémité interne, chaque piqûre étant faite en un point déjà insensibilisé par la piqûre précédente. L'infiltration des tissus voisins par quelques centimètres cubes de la solution de novocaïne complètera une anesthésie qui, avec 10 cent.$^3$, sera suffisante au bout de 5 minutes.

Si l'on désire une anesthésie plus étendue, par exemple dans l'association du procédé à lambeau à celui de la greffe dermo-épidermique, on peut avoir recours à l'anesthésie régionale. Les trois branches de l'ophtalmique et le maxillaire supérieur seront atteints par injections intraorbitaires ; le nasal, par injection d'une seringue, à 4 cent. de profondeur, au contact de la paroi osseuse, après avoir enfoncé l'aiguille immédiatement au-dessous de la poulie du grand oblique ; le frontal et le lacrymal par une piqûre sur le bord orbitaire externe, immédiatement au-dessus du ligament palpébral externe et injection

de novocaïne, à la profondeur de 4 cent., contre la paroi orbitaire externe ; le maxillaire supérieur peut être insensibilisé soit dans la fosse ptérygo-maxillaire où l'on pénètre par la fente sphéno-maxillaire, à travers la région inféro-externe de l'orbite, soit au niveau du trou sous-orbitaire dans lequel on cherche à rentrer en piquant l'aiguille à 1 cent. au dessous de la partie moyenne du bord orbitaire inférieur.

Pendant qu'agit la novocaïne et que se prépare le chirurgien, un aide procède à la toilette du champ opératoire. Les culs de sac, insensibilisés par une goutte de cocaïne à 5 %, sont lavés au ballon, une injection de sérum est faite dans les voies lacrymales, les cils sont coupés ras, les paupières frottées au savon et à l'oxicyanure à 5 o/oo ou passées à la teinture d'iode dédoublée et additionnée de glycérine ; les champs sont disposés sur la tête et la poitrine du patient, un champ troué est placé sur la figure ; tout est alors prêt pour l'opération.

Le premier temps de l'opération consiste dans la blépharorraphie après incisions libératrices.

Celles-ci, généralement pratiquées à 1/2 cent. de la ligne d'implantation des cils, sont horizontales et parallèles au bord libre des paupières. Elles n'intéressent que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, que l'on dissèque largement de part et d'autre de l'incision ; les fibres musculaires de l'orbiculaire seront respectées autant que possible. Lorsque la rétraction est très marquée et due à des lésions profondes, que

la perte de substance est telle que la paupière n'existe plus, le docteur Morax préfère inciser plus profondément et plus loin du bord libre, suivant un tracé arqué, distant de la ligne des cils, en son milieu, de 2 à 3 cent. Le lambeau, ainsi isolé à sa partie médiane, mais sans solution de continuité à ses deux extrémités, abaissé par glissement, sera suturé à la paupière opposée, et constituera, dans les cas où manque presque complètement la charpente palpébrale, une paupière solide, infiniment supérieure à celle qu'aurait donné la seule greffe dermo-épidermique.

Les incisions libératrices terminées et recouvertes de compresses, la blépharorraphie sera pratiquée après avivement par incision intermarginale ou par excision aux ciseaux du bord muqueux des paupières, de 1 millimètre en dehors du point lacrymal à la commissure externe. L'avivement par incision intermaginale semble le procédé à employer de préférence ; il ne modifie que peu le bord des paupières ce qui n'est pas sans importance ultérieure. La suture des lèvres antérieures des incisions sera faite par points en u, très soigneusement, en se rappelant l'importance, pour la réussite de l'opération, du bon maintien de cette blépharorraphie.

La blépharorraphie fera apparaître exactement les dimensions de la surface à reconstituer. Comme, en prévision des rétractions ultérieures, il sera utile de greffer le lambeau le plus grand possible, on agrandira au maximum la surface dénudée par quelques

anses de fil qui maintiendront écartées les lèvres de la plaie.

L'opérateur recouvre alors de compresses le champ opératoire et prélève la greffe.

La greffe peut être prélevée à différents endroits du corps où la peau est fine et glabre : région lombaire latérale, face interne de la cuisse, face antéro-interne du bras. Le docteur Morax prend toujours des lambeaux à la face interne du bras dont la peau répond aux conditions voulues, et où la plaie est d'un pansement facile. De même, notre maître emploie toujours le couteau du Dr Magitot, couteau plat et large dont la lame extrêmement flexible et mince, de 11 cent. de long sur 4 cent. de large, est d'un maniement plus commode et plus sûr que le rasoir de microtome.

Le bras est placé en abduction et rotation externe, l'avant-bras légèrement fléchi sur le bras. Sur une hauteur de 20 cent. environ, il est entouré de champs, savonné, passé à la teinture d'iode très étendue, et anesthésié par quelques injections sous-cutanées de novocaïne, faites au pourtour de la région. Placé en face du chirurgien, l'aide tend vers lui-même les téguments, du bord cubital d'une de ses mains ; l'opérateur, en dehors pour le bras gauche, en dedans pour le bras droit, en fait autant de la main gauche, et forme ainsi un méplat favorable à la position du couteau ; sa main droite, manœuvrant sans aucune gêne, dissèque alors, par un rapide et léger mouvement d'archet, un lambeau de la longueur et de la

largeur désirée. Ce lambeau, malgré le sérum physiologique dont on a, au préalable, humecté la lame, se roule toujours un peu sur le rasoir ; avec une pince sans griffes on l'étalera bien à plat sur le couteau, et pendant qu'un aide pansera le bras, le chirurgien fera glisser la greffe sur la partie à recouvrir. Pour ce faire, après avoir bien asséché la plaie, il approchera la lame recouverte du lambeau le plus près possible de la surface cruentée, fixera avec une pince sans griffe, un des bouts de la greffe à une des extrémités de la plaie sur laquelle il déposera le lambeau en faisant glisser le couteau sur toute la longueur de la perte de substance. Il reste à bien étaler la greffe à l'aide de la pince et du dos d'une curette, afin d'éviter les plissements, tout retournement épidermique, ou manque de continuité entre les bords de la plaie et le greffon.

L'opération est alors terminée. La petite hémorragie en nappe qui pouvait exister, cesse, dès l'application du lambeau. Le pansement est appliqué : tulle gras et rondelles de gaz et coton.

Le tulle gras est indispensable dans le pansement. Seul, en effet, il permet de renouveler les compresses souillées et de toucher au pansement sans traumatiser la plaie. Lumière en a préparé un excellent. Les morceaux de tulle imprégnés d'une mixture huileuse sont disposés dans une boîte métallique, séparés par des feuilles de papier sulfurisé ; les morceaux saisis avec une pince et détachés du papier sous-jacent laissent adhérent à ce dernier l'excès du

corps gras, si bien que les mailles du tulle restant ouvertes, laissent passer facilement toute sérosité et peuvent être laissées en place sans inconvénient, aussi longtemps qu'il est jugé, pour la bonne reprise des lambeaux.

Les suites opératoires sont simples. Le surlendemain on change les rondelles du pansement en ayant bien soin de ne pas toucher au tulle pour éviter tout tiraillement des greffes. Avec un tampon humide, passé sur l'angle interne de l'œil on enlèvera les sécrétions conjonctivales, afin d'empêcher la macération des tissus et de diminuer, autant que possible, les risques d'infection. Les jours suivants, le pansement sera renouvelé de la même manière. Au cinquième jour, on retire les tulles gras avec précaution et on enlève les fils de la blépharorraphie, ainsi que ceux qui maintenaient écartées les lèvres de la plaie. A ce moment la greffe a repris. Sa teinte est à peu près celle des tissus environnants ; souvent elle est un peu plus foncée, un peu plus ecchymotique, quelquefois presque noirâtre ; au pourtour de la greffe, l'excédent du lambeau, desséché et recroquevillé, forme de petites croûtelles aseptiques. Le pansement au tulle gras peut encore être maintenu 24 heures. Le mieux ensuite est de laisser les choses à l'air. La desquamation épithéliale de la greffe s'enlève facilement au tampon humide ; les petites croûtes tomberont d'elles-mêmes.

Quant à la blépharorraphie elle est maintenue environ trois mois. Pendant ce temps les greffes pren-

dront une teinte blanc ivoire qu'elles perdront progressivement. Leur surface diminuera aussi, de façon différente suivant les cas et les individus, mais toujours d'une quantité allant de la moitié aux deux tiers de la surface primitive.

L'ouverture de la blépharorraphie sera chose simple. La rainure d'une sonde cannelée introduite par un des angles, servira de guide à un petit bistouri qui sectionnera la suture suivant l'ancien bord palpébral. Le pansement que l'on mettra ensuite ne sera laissé que quelques heures — le temps de l'hémostase — afin de permettre aussitôt que possible les mouvements palpébraux et d'éviter une reprise des tissus libérés.

Le fonctionnement des paupières, pénible et difficile au début, redeviendra vite normal. Les rides, les sillons orbito-palpébraux réapparaîtront rapidement, et au bout de quelques jours les paupières auront à peu près retrouvé leur forme et leur mobilité ancienne.

Au cours ou après l'opération, différents accidents peuvent survenir, qu'il nous faut noter en terminant.

Ceux qui se produisent au cours de l'opération sont rares et faciles à éviter ; ils proviennent soit d'une dissection insuffisante des bords de l'incision libératrice, d'où une tension trop grande de la blépharorraphie ; soit des dimensions trop justes du lambeau dermique et de l'impossibilité d'affronter ses bords à ceux de la plaie ; soit encore de l'étale-

ment insuffisant de la greffe dont les plissements ou les rétrécissements peuvent causer une cicatrisation défectueuse.

Les incidents qui se produisent après l'opération peuvent provenir de la blépharorraphie ou du lambeau.

La blépharorraphie peut céder partiellement ou de façon totale. Les fils de la suture trop ou pas assez serrés peuvent ne pas affronter suffisamment les surfaces cruentées ou mortifier le tissu compris dans leurs anses ; mais le plus fréquemment la désunion est due à de l'infection venue de la conjonctive ; des gouttelettes de sérosité louche ou de pus apparaissent au niveau des fils vers le deuxième ou troisième jour. Quelquefois il suffit de toucher ces petits foyers à la teinture d'iode et d'enlever un fil sur deux pour voir s'arrêter la réaction inflammatoire.

L'ouverture précoce de la blépharorraphie est l'incident le plus ennuyeux qui puisse survenir ; les paupières n'étant plus tendues, ni maintenues fermées, la rétraction de la greffe sera si marquée que la correction de l'ectropion sera à peu près nulle.

Le lambeau dermo-épidermique, lui, peut se nécroser et s'éliminer en partie ou complètement. L'élimination complète est rare. La nécrose des extrémités, surtout de l'extrémité nasale, dans les greffes de la paupière inférieure, est plus fréquente. La cause en est toujours dans l'infection par les sécrétions venues de l'angle interne de l'œil. Ces éliminations partielles se réparent d'ailleurs très bien par épidermisa-

tion secondaire. Elles se traduisent ultérieurement par une rétraction plus marquée à leur niveau qui oblige à un maintien plus prolongé de la blepharorraphie et à une ouverture plus prudente ou même à une autoplastie complémentaire.

Il arrive enfin qu'après la libération des paupières subsiste, surtout à la paupière inférieure, un léger ectropion entretenu par l'irritation des bords palpébraux due à un larmoiement qui persiste. Les cautérisations au crayon de nitrate d'argent et le traitement de l'épiphora donneront souvent dans ces cas des résultats satisfaisants.

Voici, parmi les nombreux opérés de Lariboisière, quelques cas, plus particulièrement suivis par le docteur Morax qui a bien voulu mettre à notre disposition les observations recueillies à leur sujet :

## OBSERVATION 160.729

P. Charles, 30 ans, ..e artillerie. Grièvement brûlé à la face et aux mains par l'explosion d'un dépôt de munitions en avril 1917. A son arrivée dans le service, en décembre 1918, il présente une alopécie presque complète des sourcils et d'une partie de la tête, des lésions cicatricielles étendues de toute la face et un double ectropion des deux paupières. Leucome cornéen central à droite. Leucome périphérique à gauche.

*Le 3 décembre 1918.* — Blépharorraphie et autoplastie de la paupière inférieure droite par lambeau emprunté à la paupière supérieure.

*6 décembre.* — Bonne prise de la greffe.

*7 janvier 1919.* — Autoplastie des paupières supérieure et inférieure droites par incision au niveau du sourcil et par incision de la paupière inférieure à 1 cent. du bord. Application de lambeaux dermo-épidermiques prélevés au bras gauche.

*9 janvier.* — Bonne prise des lambeaux. Dimensions du lambeau supérieur, taillé en forme de quartier d'orange : 15 mill. dans son plus grand diamètre vertical ; 45 mill. dans son plus grand diamètre horizontal. Lambeau inférieur = 14 sur 30.

*11 janvier.* — Bon état.

*1er février.* — Autoplastie sourcilière droite.

*1er mars.* — Libération des paupières.

*28 mars.* — Bon aspect et bonne position des paupières droites. Bonne occlusion. — Dans son plus grand diamètre vertical la greffe supérieure = 9 mil.; dans son plus grand diamètre horizontal = 35 mill. De même la greffe inférieure est de 10 sur 20. Le blessé quitte le service et reviendra se faire opérer l'autre œil en janvier 1920.

*6 janvier 1920.* — O. G. Blépharorraphie par incision intermarginale et application de 5 sutures en u. Libération large des téguments des paupières supérieure et inférieure avec application de sutures en u pour écarter les lèvres de la plaie. Greffes dermo-épidermiques prélevées au bras droit.

*8 janvier.* — Va bien.

*10 janvier.* — Bonne prise des lambeaux.

*22 janvier.* — Réfection du sourcil gauche.

*21 mars.* — Libération des paupières.

*25 mars.* — O. D. Bonne occlusion palpébrale. La teinte des greffes est à peu près semblable à celle des tissus environnants, les limites en sont difficilement visibles : les dimensions semblent être relativement de 7 sur 30 pour le haut, et de 8 sur 19 pour le bas.

*O. G.* Bonne occlusion des paupières. Bonne mobilité. Les bords palpébraux irrités par les larmes sont cautérisés au nitrate d'argent.

*28 mars.* — Le blessé quitte le service.

---

## OBSERVATION 117.431

D. Louis, 29 ans, ..e artillerie. Brûlé grièvement à la face et aux mains, le 27 octobre 1917, dans un incendie.

Adressé au Dr Morax en juillet 1919. Les paupières supérieure et inférieure gauches sont en éversion très marquée. A droite, la paupière inférieure seule est en ectropion. La vision de l'O. D. est de 1, celle de l'O. G. de 0,5 par taie cornéenne.

*24 juillet.* — Blépharorraphie de l'œil gauche, après avivement par incision intermarginale. Incisions parallèles au bord libre en haut et en bas. Application de lambeaux épidermiques prélevés au bras droit.

*26 juillet.* — 1er pansement. Bon état.

*28 juillet.* — Excellente prise des greffes. Ablation des fils.

*25 septembre.* — Malgré la blépharorraphie, les greffes ont subi une rétraction importante et ne semblent pas devoir donner tout le supplément de surface nécessaire à la correction des éversions. Une nouvelle intervention est décidée. Incision de la paupière supérieure au-dessus de la greffe déjà faite ; un point en u maintient la partie supérieure de l'incision. Incision de la paupière inférieure à 1 cent. du bord. Application de lambeaux épidermiques prélevés au bras gauche.

*6 octobre.* — Excellent état.

*4 novembre.* — Section du tiers interne de la blépharorraphie pour permettre l'occlusion de l'autre œil et l'autoplastie de la paupière inférieure droite.

*11 novembre.* — La section est étendue au tiers moyen.

*20 novembre.* — *O. D.* : Blépharorraphie, incision à 1 cent. au-dessous du bord libre et parallèlement à lui. Autoplastie à l'aide d'un lambeau pédiculé à tissu graisseux abondant prélevé au niveau de la joue.

*24 novembre.* — Bon état. Ablation des fils.

*8 janvier 1920.* — Libération des paupières de l'œil droit. Bonne position de la paupière inférieure.

*27 janvier.* — Le bord libre de la paupière inférieure gauche s'étant de nouveau un peu ectropionné, il est pro-

cédé au relèvement de ce bord par un pédicule emprunté à la joue gauche. Il n'est pas pratiqué de blépharorraphie, la suture du tiers extérieur des paupières existe toujours.

*30 janvier.* — Ablation des fils. La partie superficielle de la pointe du lambeau, infectée par des sécrétions conjonctivale, s'élimine.

*11 février.* — Cicatrisation complète.

*28 mars.* — L'occlusion palpébrale des deux yeux est parfaite. Seul persiste un léger état irritatif du bord des paupières entretenu par le larmoiement. On a de la peine, surtout à gauche, à distinguer la greffe des tissus voisins.

---

OBSERVATION 115.788 (publiée par le Dr Morax)

E. Maurice, 35 ans, 2e R. I. Fait prisonnier le 30 octobre 1915, à Tahure, envoyé au camp de représailles en 1917. Le 19 mars 1917, il est grièvement brûlé par explosion d'essence et présente des brûlures graves de la joue, du cou et des mains. Soigné à Hamel, il est rapatrié en mai 1918. Il présente au point de vue oculaire une alopécie sourcillère totale et un double ectropion cicatriciel des deux paupières. En mai 1919, il est adressé au Dr Morax pour le traitement de ces lésions cicatricielles.

*10 mai 1919.* — Autoplastie sourcilière gauche.

*21 mai.* — Autoplastie sourcilière droite.

*17 juin.* — A droite blépharorraphie totale des paupières par avivement et application de trois sutures en u. Incision horizontale des paupières avec dissection de la peau. Greffe entre les lèvres des incisions, de lambeaux dermo-épidermiques prélevés au bras droit.

*19 juin.* — Pansement. La prise de la blépharorraphie et des lambeaux est parfaite.

*14 septembre.* — Section de la blépharorraphie du côté droit. Les paupières sont suffisantes et permettent l'occlusion. Il ne reste qu'un petit liséré d'ectropion à la paupière inférieure et au voisinage de la commissure interne.

*16 septembre.* — Blépharorraphie après avivement des paupières du côté gauche. Autoplastie des paupières supérieure et inférieure après incisions horizontales et greffes de lambeaux dermo-épidermiques prélevés au bras droit.

*20 septembre.* — Ablation des fils.

*9 octobre.* — Autoplastie complémentaire de la paupière supérieure par lambeau épidermique.

*28 octobre.* — Autoplastie complémentaire de la paupière inférieure par greffe épidermique.

*16 novembre.* — Section de la blépharorraphie gauche.

*20 mars 1920.* — Bonne occlusion des paupières droite et gauche, mais larmoiement toujours assez marqué, et irritation assez intense des bords palpébraux.

---

OBSERVATION 83.537 (publiée par le Dr Morax)

S. Georges, maréchal des logis d'artillerie. Etant, le 9 octobre 1915, observateur dans un ballon captif incendié par une fusée allemande, fut brûlé au visage, à la tête et au poignet droit. Adressé le 6 août 1916 au Dr Morax, présentant un ectropion cicatriciel bilatéral et des deux paupières avec large éversion de la muqueuse conjonctivale. Les cornées n'ont pas été atteintes et n'ont pas souffert du lagophtalmos partiel. Larmoiement marqué. V. ODG = I.

*3 août 1916.* — Pour la paupière inférieure droite, antoplastie à lambeaux pédiculé ; greffe dermo-épidermique pour la paupière supérieure.

*25 septembre.* — Section de la blépharorraphie.

*28 septembre.* — Autoplastie des paupières supérieure gauche par greffe dermo-épidermique et inférieure par lambeau pédiculé. La blépharorraphie sera sectionnée en décembre.

*9 novembre.* — Réfection sourcilière par greffes de lambeaux non pédiculés prélevés du cuir chevelu au niveau de la région occipitale.

*Mars 1920.* — Bon état des paupières. Occlusion parfaite.

---

## OBSERVATION 117.314

B. François, 28 ans, ..e R. I. Blessé le 9 avril 1915. Brûlures de la face par éclatement d'obus. Autoplastie des paupières supérieures et du nez prâtiquées au Val-de-Grâce. Adressé au Dr Morax en juillet 1919.

O. D. Léger ectropion cicatriciel de la paupière inférieure. Voies lacrymales perméables.

O. G. Ectropion cicatriciel de la paupière inférieure. Pas de voies lacrymales.

*22 juillet.* — *O. G.* Blépharorraphie après avivement par incision intermarginale. Incisions libératrices des paupières supérieure et inférieure. Dans l'incision de la paupière inférieure on place un lambeau emprunté à la région temporale. Dans l'incision de la paupière supérieure on applique une greffe dermo-épidermique prélevée au bras gauche. Monocle.

*26 juillet.* — Ablation des fils de la plastie inférieure.

*28 juillet.* — Ablation des fils de la blépharorraphie. La greffe épidermique a bien pris.

*Novembre.* — Ouverture de la blépharorraphie. Résultat satisfaisant.

*Décembre.* — Bonne occlusion des paupières.

---

OBSERVATION 102.550

P., 38 ans, ..e R. I. Brûlures de la région orbito-palpébrale gauche par chute sur un poêle à l'âge de 7 mois. O. G. Paupière inférieure en ectropion moyen s'exagérant dans les efforts d'occlusion. Paupière supérieure fixée à la région sourcilière. La contraction de l'orbiculaire dans l'occlusion fait basculer le tarse et éverser la conjonctive palpébrale. Cornée kératoconique avec taie. Œil amblyope. Larmoiement. O. D. V. = 1.

*30 mai 1918.* — Blépharorraphie après incision intermarginale profonde. A la paupière inférieure greffe d'un lambeau pédiculé prélevé à la région temporo-frontale; à la paupière supérieure greffe épidermique prélevée au bras gauche.

*1er juin.* — Pansement. Excellent état et prise parfaite des greffes.

*3 juin.* — Ablation des fils.

*19 septembre.* — Libération des paupières. Bonne occlusion.

---

OBSERVATION 87.895

A. Henri, 52 ans, chauffeur, brûlé le 3 novembre 1916 à la face et aux paupières par l'explosion d'un tube de phosphore en fusion. Ectropion cicatriciel O. G.

*9 janvier 1917.* — Blépharorraphie. Incisions parallèles

au bord libre, à 6 mill. du bord. Greffe de lambeaux épidermiques.

*11 janvier.* — Bon état des lambeaux.

*16 janvier.* — Application parfaite des greffes.

*1er avril.* — Ouverture des paupières.

---

## OBSERVATION 117.344

D. Marie, 21 ans. Brûlée à l'âge de 18 mois par chûte dans un feu de bois. Présente actuellement une éversion cicatricielle des paupières supérieure et inférieure gauches, dans leur moitié interne. Accolement du reste de la fente palpébrale. Bonne mobilité du globe, mais inocclusion palpébrale et larmoiement.

*29 juillet 1919.* — Blépharorraphie complète de l'œil gauche. Incision de la paupière supérieure et insertion d'un lambeau épidermique prélevé au bras droit.

*30 juillet.* — Pansement, excellent état.

*16 octobre.* — Fente palpébrale abaissée. Incision de la paupière inférieure parallèlement au bord libre. On augmente l'écartement de la plaie par suture d'un fil en u à la lèvre inférieure de l'incision. Lambeau dermo-épidermique.

*12 janvier 1920.* — Libération des paupières. La fente palpébrale demeure abaissée dans son tiers interne.

*20 janvier.* — Elévation de la fente palpébrale par incision de la paupière inférieure et mise en place d'un lambeau pédiculé pris au niveau de la région temporo-frontale.

*26 janvier.* — Bon état.

*22 mars.* — Il persiste encore un léger degré d'ectropion et d'inocclusion palpébrale dans le tiers interne.

La greffe de la paupière supérieure mesure 40 mill. sur 11 et celle de la paupière inférieure 30 mill. sur 5 mill.

---

OBSERVATION 71.598

F. Léon, 31 ans, ..e R. I. Blessé à la face par éclat d'obus, le 23 septembre 1914. Présente à son arrivée dans le service, en avril 1915, un ectropion cicatriciel des paupières supérieure et inférieure gauches.

*5 mai.* — Par deux incisions parallèles aux bords libres rétractés, on réussit à rapprocher les bords libres. Blépharorraphie par six points en u après incision intermarginale. Il reste une vaste perte de substance aux deux paupières. Pour la paupière inférieure, on prélève un lambeau pédiculé à la région sterno-mastoïdienne. Au niveau de la paupière supérieure on comble la perte de substance par application de greffes dermo-épidermiques prélevées à la face antérieure du bras gauche.

*7 mai.* — Excellente reprise des deux lambeaux.

*31 mai.* — Bon état des greffes. Exeat.

*6 août.* — Libération des paupières. Résultat satisfaisant.

---

OBSERVATION 113.012

G. René, ..e artillerie. Blessé le 16 août 1918 par éclat d'obus. Mutilation faciale et ectropion cicatriciel de l'O. D.

*14 janvier 1919.* — Blépharorraphie de la moitié externe de l'œil droit, après libération d'une cicatrice adhérente siégeant à la région sous-orbitaire. Interposition

dans la brèche opératoire libératrice d'une greffe épidermique prélevée au bras gauche.

*15 janvier.* — Le pansement est refait en raison du voisinage d'une mèche nasale. Bon état du lambeau.

*10 novembre.* — La blépharorraphie tient toujours et l'ectropion n'est que très léger. La blépharorraphie partielle est maintenue.

---

OBSERVATION 120.889

D. Auguste, 55 ans, employé de chemin de fer, tombé, le 7 octobre 1919, sur un poële, au cours d'une crise de mal comitial. Brûlures profondes de la face, destruction complète des sourcils, du nez, des paupières et globe oculaire droits. Brûlures du second degré des paupières gauches. Brûlure de la cornée dans sa moitié inférieure. Pst. au tulle gras et lavages au sérum.

*25 janvier 1920.* — Epidermisation à peu près complète des plaies. Les paupières gauches sont en ectropion très marqué. Leucome cornéen.

*27 janvier.* — Blépharorraphie. Glissement des paupières supérieure et inférieure par incisions circulaires à 2 cent. des bords palpébraux. Autoplastie au niveau des pertes de substance par lambeaux dermo-épidermiques prélevés au bras droit.

*29 janvier.* — Bon état des greffes. Sphacèle superficiel de la partie interne de la paupière supérieure. La blépharorraphie cède dans son tiers interne.

*10 février.* — Cicatrisation terminée. Bon état des greffes. L'ectropion se reproduit dans le tiers interne.

*20 mars.* — Autoplastie complémentaire et suture des paupières dans le tiers interne.

*20 avril.* — La greffe dermo-épidermique de la pau-

pière supérieure, faite au milieu de tissus cicatriciels adhérents aux plans profonds n'a subi qu'une rétraction minime. La blépharorraphie sera ouverte ultérieurement.

---

OBSERVATION 120.490

V. Gabriel, 30 ans, atteint de lupus de la face du côté gauche. Ectropion cicatriciel très marqué de la paupière inférieure. Lagophtalmie.

*15 mars 1920.* — Blépharorraphie totale après incision libératrice parallèle au bord libre de la paupière inférieure. Greffe dermo-épidermique par lambeau prélevé à la face interne du bras.

*20 mars.* — Bonne prise du lambeau.

*30 avril.* — Très bonne prise du lambeau, bien qu'en plein tissu lupique. La blépharorraphie tient bien, les paupières seront libérées dans deux mois.

---

# CONCLUSIONS

La restauration autoplastique des paupières dans les cas d'ectropion cicatriciel peut être réalisée suivant deux méthodes différentes, après blépharorraphie :

Autoplastie par déplacement de lambeaux pédiculés empruntés aux régions frontale ou temporale. Cette méthode est la méthode de choix chaque fois que la peau du front ou des tempes présente une intégrité suffisante et dans les cas où il est nécessaire de reconstituer une charpente palpébrale solide.

Autoplastie par lambeau dermo-épidermique prélevé au niveau de la face antéro-interne du bras. Ce procédé rend les plus grands services et semble préférable à tout autre, lorsque les modifications cicatricielles seront étendues à toute la face, ou lorsque les lésions destructives n'intéresseront que des tissus superficiels. C'est un procédé simple, rapide, et dont les résultats éloignés tant fonctionnels qu'esthétiques sont des plus satisfaisants.

Enfin dans les cas d'ectropion double et de lé-

sions très prononcées, il semble qu'il y ait avantage à employer les deux procédés en conservant l'autoplastie à lambeau pédiculé à la paupière inférieure, et l'autoplastie par lambeau dermo-épidermique à la paupière supérieure.

*Vu le Doyen,*

ROGER.

*Vu le Président,*

SEBILEAU.

*Vu et permis d'imprimer :*
*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*

APPELL.

# BIBLIOGRAPHIE

MORAX. — Autoplasties de la région orbitaire, Bowan Lecture, Transactions of the ophtalmological Society, vol. XXXIX, 1919.

MORAX. — Précis d'ophtalmologie.

TERSON. — In Encyclopédie française d'ophtalmologie.

MAGITOT. — Thérapeutique des sépublépherons par les greffes épidermiques à grande surface, *Ann. d'oculistique*, t. 152, p. 1.

DUVERGER. — Ophtalmologie de guerre.

PAUCHET et SOURDAT. — L'anesthésie régionale.

LEVIZKI. — Sur le traitement de l'ectropion cicatriciel des paupières, *Wistnik. Ophtalmologénis*, janvier 1915.

LEIGHTON et APPLEMAN. — Ectropion cicatriciel corrigé par des greffes cutanées, *Ophtalmology*, juillet 1914.

DUPUYS-DUTEMPS. — Greffe cutanée et procédé en vanne dans un cas d'ectropion cicatriciel avec atresie conjonctivale, *Annales d'oculistique*, t. 144, p. 434.

RAMIREZ. — Traitement de l'ectropion cicatriciel, *Escuala méd.* m. t., Mexico, 1917.

SCHWEK. — Résultat d'autoplastie pour ectropion cicatriciel. *Opht. Rec.*, Chicago, 1917, XXVI, 581.

Héraille. — Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier Thierache. Thèse Montpellier, 1911-1912.

Tedchies. — Blépharoplastie, greffe dermique et conjonctivale. *Annali d'Ophtalmologia*, 1877.

De Wecker. — De la greffe dermique en chirurgie oculaire. *Annales d'ocul.* 1872.

Reverdin. — *Gazette des hôpit.*, n°4, 1870.

Amédée Legrand, Editeur, Paris